ISBN 1188–4169

# Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 23–3 Date de publication : 1er février 1997

**Contenu du présent numéro :** *(nombres de pages: 7)*


| | | Pagination officielle : |
|---|---|---|
| RAPPORTS DE LABORATOIRE SUR LES INFECTIONS VIRALES ET CERTAINES INFECTIONS NON VIRALES AU CANADA — 1994 et 1995 | F-1 | 17 – 23 |
| RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES — RÉUNION CONJOINTE OMS/FIIM | F-6 | 23 – 24 |

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.


## RAPPORTS DE LABORATOIRE SUR LES INFECTIONS VIRALES ET CERTAINES INFECTIONS NON VIRALES AU CANADA — 1994 et 1995

### Introduction

Le Programme canadien de déclaration des maladies virales est un système national de surveillance qui permet de recueillir de l'information et d'analyser les tendances en ce qui concerne les infections virales et certaines infections non virales diagnostiquées en laboratoire d'un bout à l'autre du Canada. Au cours des années 1994 et 1995, 37 laboratoires de diagnostic de partout au pays ont fourni des données mensuelles sur le nombre total de spécimens reçus en vue de la confirmation d'une infection virale, de même que sur le nombre et le type de résultats positifs à la Section de la surveillance, Grippe et exanthèmes viraux, du Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM). Ce rapport présente et analyse certaines données importantes pour les années 1994 et 1995 sous forme de taux annuels et mensuels de déclaration des agents concernés.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les fluctuations annuelles de la fréquence de déclaration des maladies virales : le nombre de laboratoires qui sont en mesure d'effectuer les épreuves pour certains agents particuliers et la communication de données par ceux-ci au système de surveillance; la mise au point ou l'amélioration des méthodes permettant d'identifier rapidement des virus; et le signalement des résultats des épreuves qui ont été répétées en vue de mesurer l'activité pathogène chez les patients ou encore le succès de la thérapie antivirale. En revanche, d'autres fluctuations représentent des tendances qui reflètent des changements réels de l'incidence de certaines infections virales particulières. C'est à la lumière de ces considérations et d'autres facteurs déterminants que nous analysons les fluctuations des données au cours de l'année.

### Aperçu des années 1994 et 1995

Le nombre total de résultats positifs fournis par toutes les sources a été de 66 447 en 1993[1], de 65 925 en 1994, et de 72 881 en 1995. Le nombre total de spécimens envoyés en vue de la confirmation d'une infection virale s'élevait à environ 1,33 million en 1994 et à 1,326 million en 1995, comparativement à 1,44 million en 1993[1]. Le pourcentage des spécimens positifs s'établissait à 5,0 % en 1994 et à 5,5 % en 1995, comparativement à 4,6 % en 1993[1].

Plus de 95 % du total des résultats positifs provenaient de laboratoires qui avaient fourni mensuellement des données complètes concernant le nombre total de spécimens reçus et le nombre et le type de diagnostics positifs.

Le tableau 1 fait ressortir le lien qui existe entre le nombre de résultats positifs et le nombre total de spécimens reçus par mois en 1994 et en 1995. Le nombre total de spécimens reçus mensuellement a fluctué au cours de ces années, atteignant un sommet de 121 170 en septembre et un creux de 90 728 en juillet 1994, et un sommet de 123 667 en novembre et un creux de 90 957 en juillet 1995. Le nombre de résultats positifs a également varié, passant d'un sommet de 6 231 en mars à un creux de 4 155 en décembre 1994, et d'un sommet de 6 762 en mai à un creux de 5 138 en juillet 1995. En 1994, c'est en juin qu'on a observé le plus fort pourcentage de spécimens donnant lieu à un résultat positif (5,9 %), alors que le plus faible a été signalé en décembre (3,9 %), la moyenne s'établissant à 5 %. En 1995, le pourcentage le plus élevé a été observé en mars (6,1 %) et le plus faible en septembre (4,8 %), pour une moyenne de 5,5 %. C'est entre les mois d'août et de décembre que la proportion de résultats positifs par rapport au nombre de spécimens reçus a été la plus faible en 1994; en 1995, le même phénomène a été observé entre les mois d'août et de novembre. Entre janvier et mars 1994, les résultats positifs représentaient 28 % du total des résultats positifs signalés, ce qui reflète probablement la plus forte incidence des virus respiratoires à cette époque de l'année. Pour la même période en 1995, les résultats positifs représentaient 25,9 % du total de l'année.

Santé Canada Health Canada

Canada

2007-02720/

## Agents fréquemment diagnostiqués

Au total 92 agents différents ont été signalés en 1994 (tableau 2) et 96 en 1995 (tableau 3). Les cinq agents le plus fréquemment diagnostiqués en laboratoire pour ces deux années sont comparés à ceux qui ont été diagnostiqués en 1993 (tableau 4). Le virus herpès simplex (VHS) a été l'agent le plus souvent diagnostiqué en 1994, comptant pour 22 % des résultats positifs, soit 14 448 cas. Le virus de l'hépatite C (VHC) arrivait au deuxième rang avec 11 702 cas, soit 18 % des résultats positifs, une augmentation de 52 % par rapport à 1993. En 1995, c'est le VHC qui a été le plus souvent diagnostiqué, avec 16 031 spécimens positifs, soit une augmentation de 37 % par rapport à 1994. Le phénomène pourrait être en partie attribuable à la meilleure connaissance que l'on a du VHC et à l'utilisation plus répandue de nouvelles méthodes diagnostiques. En 1993, seulement 19 laboratoires déclaraient des cas de VHC; en 1994 et 1995, leur nombre est passé à 23. En outre, le nombre moyen de spécimens positifs pour VHC par laboratoire est passé de 406 en 1993 à 509 en 1994 et à 697 en 1995. En 1993, le nombre relatif de spécimens positifs de VHS et de *Chlamydiae trachomatis* (CT) pourrait avoir été sous-estimé étant donné qu'un grand nombre de spécimens d'«herpès simplex non typé» (Herpès simplex NT) (1 611 en 1994 et 1 501 en 1995) et de spécimens de «*Chlamydiae* non typé» (Chl. NT) (2 773 en 1994 et 1 633 en 1995) pourraient en réalité avoir été respectivement des cas d'infection à VHS et à CT. En outre, beaucoup plus de cas d'infection génitale à *Chlamydiae* sont diagnostiqués par d'autres laboratoires que les laboratoires de virologie générale qui participent au système de déclaration. C'est du moins ce que donne à penser une comparaison du nombre de spécimens positifs déclarés par l'entremise du programme en 1993 (13 796, CT et Chl. NT)[1] avec les données sur les maladies à déclaration obligatoires pour la même année (44 296 infections génitales à *Chlamydiae*)[2].

Tableau 1
Tendances mensuelles des rapports de laboratoire sur les infections virales et certaines infections non virales au Canada, 1994* et 1995*

| Mois | Année | N^bre total de spécimens ** | Rapports positifs | % de résultats positifs mensuels | % de résultats positifs par année *** |
|---|---|---|---|---|---|
| Janvier | 1994 | 114 689 | 6 087 | 5,3 | 9,2 |
| | 1995 | 111 556 | 6 179 | 5,5 | 8,5 |
| Février | 1994 | 112 243 | 6 131 | 5,5 | 9,3 |
| | 1995 | 103 908 | 5 997 | 5,8 | 8,2 |
| Mars | 1994 | 113 757 | 6 231 | 5,5 | 9,5 |
| | 1995 | 110 463 | 6 707 | 6,1 | 9,2 |
| Avril | 1994 | 108 298 | 5 527 | 5,1 | 8,4 |
| | 1995 | 108 979 | 6 068 | 5,6 | 8,3 |
| Mai | 1994 | 112 266 | 5 628 | 5,0 | 8,5 |
| | 1995 | 122 805 | 6 762 | 5,5 | 9,3 |
| Juin | 1994 | 97 248 | 5 692 | 5,9 | 8,6 |
| | 1995 | 107 019 | 6 290 | 5,9 | 8,6 |
| Juillet | 1994 | 90 728 | 5 035 | 5,5 | 7,6 |
| | 1995 | 90 957 | 5 135 | 5,6 | 7,1 |
| Août | 1994 | 117 426 | 5 603 | 4,8 | 8,5 |
| | 1995 | 112 911 | 5 976 | 5,3 | 8,2 |
| Septembre | 1994 | 121 170 | 4 935 | 4,1 | 7,5 |
| | 1995 | 115 431 | 5 486 | 4,8 | 7,5 |
| Octobre | 1994 | 114 781 | 5 419 | 4,7 | 8,2 |
| | 1995 | 113 313 | 5 921 | 5,2 | 8,1 |
| Novembre | 1994 | 120 321 | 5 482 | 4,6 | 8,3 |
| | 1995 | 123 667 | 6 275 | 5,1 | 8,6 |
| Décembre | 1994 | 107 464 | 4 155 | 3,9 | 6,3 |
| | 1995 | 104 650 | 6 082 | 5,8 | 8,3 |
| **TOTAL** | **1994** | **1 330 391** | **65 925** | **5,0** | **100,0** |
| | **1995** | **1 325 659** | **72 881** | **5,5** | **100,0** |

* 37 laboratoires de diagnostic.
** Plus de 95 % de résultats positifs provenaient de laboratoires fournissant cette information.
*** Résultats positifs mensuels en pourcentage du total annuel.

Tableau 2
Résultats de laboratoire concernant les infections virales humaines* au Canada, 1994

| Agent | Canada | | | Agent | Canada | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | D | S | | I | D | S |
| Adéno NT | 783 | 367 | 104 | Herpes NT | 1,288 | 298 | 25 |
| Adéno type 1 | 36 | | | Herpes simplex NT | 509 | 20 | 353 |
| Adéno type 2 | 49 | | 1 | Herpes simplex type 1 | 6,398 | 50 | 1 |
| Adéno type 3 | 45 | | | Herpes simplex type 2 | 7,089 | 21 | 7 |
| Adéno type 4 | 6 | | | Herpes type 6 | | | 12 |
| Adéno type 5 | 8 | | | VIH-1 | | 40 | 1,944 |
| Adéno type 6 | 5 | | | HTLV-I | | | 45 |
| Adéno type 7 | 5 | | | HTLV II | | | 4 |
| Adéno type 41 | | 5 | | Influenza A NT | 375 | 98 | 398 |
| Alpha NT | | | 1 | Influenza A ($H_3N_2$) | 51 | | 42 |
| Astro | | 49 | | Influenza B | 10 | 14 | 7 |
| Calici | | 17 | | Rougeole | | | 208 |
| Encéphalite de Californie | | | 1 | Molluscum contagiosum | 2 | 41 | |
| Corona | | 3 | | Oreillons | 4 | 2 | 43 |
| Coxsackie A NT | 2 | | | Agent semblable à Norwalk | | 343 | 7 |
| Coxsackie type A2 | 2 | | | Groupe papova | | 14 | |
| Coxsackie type A4 | 3 | | | Parainfluenza NT | 3 | | |
| Coxsackie type A9 | 112 | | 1 | Parainfluenza type 1 | 43 | 7 | 4 |
| Coxsackie type A16 | 2 | | | Parainfluenza type 2 | 59 | 9 | |
| Coxsackie B NT | | | 3 | Parainfluenza type 3 | 342 | 184 | 34 |
| Coxsackie type B1 | 14 | | | Parainfluenza type 4 | 11 | | |
| Coxsackie type B2 | 20 | | | Parvo B19 | | 17 | 397 |
| Coxsackie type B3 | 23 | | | Polio souche vaccinale | 8 | | |
| Coxsackie type B4 | 27 | | | Vaccin polio type 1 | 21 | | |
| Coxsackie type B5 | 50 | | | Vaccin polio type 2 | 18 | 1 | |
| Coxsackie type B6 | 9 | | | Vaccin polio type 3 | 14 | 3 | |
| Cytomegalo | 1,605 | 22 | 707 | Rhéo (Tous) | 6 | 2 | |
| Echo NT | 2 | | 2 | Respiratoire syncytial | 822 | 2,231 | 14 |
| Echo type 3 | 3 | | | Rhino (Tous) | 116 | 3 | |
| Echo type 4 | 108 | | 1 | Rota | 3 | 1,950 | |
| Echo type 5 | 1 | | | Rubéole | 4 | | 83 |
| Echo type 6 | 5 | | | Toro | | 2 | |
| Echo type 7 | 4 | | | Varicelle-zona | 418 | 110 | 306 |
| Echo type 9 | 3 | | | | | | |
| Echo type 11 | 12 | | | *Chlamydiae* NT | 326 | 2,406 | 41 |
| Echo type 17 | 2 | | | *C. pneumoniae* | | | 86 |
| Echo type 18 | 1 | | | *C. trachomatis* | 335 | 9,130 | 26 |
| Echo type 20 | 6 | | | *C. psittaci* | | 47 | 22 |
| Echo type 21 | 2 | | | *Coxiella burneti* | | | 19 |
| Echo type 22 | 10 | | | *Mycoplasma pneumoniae* | 5 | | 1,389 |
| Echo type 25 | 4 | | | *Rickettsia rickettsi* | | | 2 |
| Echo type 27 | 2 | | | | | | |
| Echo type 30 | 1 | | | TOTAL | 21,988 | 21,577 | 22,360 |
| Echo type 31 | 3 | | | | | | |
| Entero NT | 730 | 222 | 59 | | | | |
| Epstein-Barr | 3 | 9 | 3,234 | | | | |
| Flavi Dengue NT | | | 18 | | | | |
| Hanta | | 2 | 3 | | | | |
| Hépatite A | | | 1,130 | | | | |
| Hépatite B | | 3,592 | 92 | | | | |
| Hépatite C | | 246 | 11,456 | | | | |
| Hépatite Delta-VHD | | | 28 | | | | |

* On a inclus dans ce tableau certaines infections non virales qui ont toujours été diagnostiquées dans des laboratoires de diagnostic des maladies virales.
I = isolement, D = détection, S = sérologie, NT = non typé

Tableau 3
Résultats de laboratoire concernant les infections virales humaines* au Canada, 1995

| Agent | Canada | | | Agent | Canada | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | I | D | S | | I | D | S |
| Adeno NT | 792 | 351 | 61 | | | | |
| Adeno type 1 | 36 | 1 | | Hepatite A | | | 1,297 |
| Adeno type 2 | 58 | | | Hepatite B | | 4,105 | 50 |
| Adeno type 3 | 64 | | | Hepatite C | | 894 | 15,137 |
| Adeno type 4 | 3 | | | Hepatite Delta-VHD | | | 13 |
| Adeno type 5 | 13 | | | Herpes NT | 1,280 | 160 | 61 |
| Adeno type 6 | 9 | | | Herpes simplex NT | 823 | 21 | 308 |
| Adeno type 10 | 15 | 11 | 1 | Herpes simplex type 1 | 6,452 | 63 | 21 |
| Adeno type 41 | 5 | 12 | | Herpes simplex type 2 | 6,972 | 25 | 3 |
| Astro | | 53 | | Herpes type 6 | | | 6 |
| Calici | | 43 | | HIV-1 | | | 3,378 |
| Corona | 1 | 7 | | HTLV-I | | | 19 |
| Coxsackie A NT | 1 | | | HTLV II | | | 11 |
| Coxsackie type A1 | 2 | | | Influenza A NT | 734 | 225 | 259 |
| Coxsackie type A2 | 1 | | | Influenza A ($H_3N_2$) | 53 | | 16 |
| Coxsackie type A3 | 1 | | | Influenza A ($H_1N_1$) | 127 | | 7 |
| Coxsackie type A4 | 2 | | | Influenza B | 231 | 10 | 118 |
| Coxsackie type A5 | 1 | | | Rougeole | 2 | | 1,007 |
| Coxsackie type A9 | 3 | | 3 | Molluscum contagiosum | 5 | 23 | |
| Coxsackie type A16 | 17 | | | Oreillons | 4 | | 129 |
| Coxsackie type A18 | 1 | | | Agent semblable à Norwalk | 1 | 389 | 12 |
| Coxsackie type A24 | 12 | | | Groupe papova | | 17 | |
| Coxsackie type B1 | 24 | | | Parainfluenza NT | 36 | 6 | |
| Coxsackie type B2 | 47 | | | Parainfluenza type 1 | 163 | 7 | 9 |
| Coxsackie type B3 | 7 | | | Parainfluenza type 2 | 88 | 6 | 1 |
| Coxsackie type B4 | 9 | | | Parainfluenza type 3 | 357 | 397 | 27 |
| Coxsackie type B5 | 91 | | | Parainfluenza type 4 | 5 | | |
| Coxsackie type B6 | 1 | | | Parvo B19 | | | 329 |
| Cytomegalo | 1,522 | 38 | 824 | Polio souche vaccinale | 9 | | |
| Echo NT | 10 | | | Vaccin type 1 | 3 | | |
| Echo type 1 | 1 | | | Vaccin type 2 | 5 | | |
| Echo type 3 | 7 | | | Vaccin type 3 | 2 | | |
| Echo type 4 | 2 | | | Rheo (Tous) | 5 | 1 | |
| Echo type 5 | 1 | | | Respiratoire syncytial | 1,086 | 1,845 | 19 |
| Echo type 6 | 55 | | | Rhino (Tous) | 115 | 4 | 1 |
| Echo type 7 | 1 | | | Rota | | 1,891 | |
| Echo type 9 | 8 | | | Rubéole | 3 | | 104 |
| Echo type 11 | 8 | | | Toro | | 4 | |
| Echo type 14 | 1 | | | Varicelle-zona | 446 | 174 | 417 |
| Echo type 15 | 1 | | | | | | |
| Echo type 16 | 1 | | | *Chlamydiae* NT | 196 | 1,313 | 124 |
| Echo type 18 | 4 | | | *C. pneumoniae* | | | 162 |
| Echo type 22 | 4 | | | *C. trachomatis* | 456 | 8,306 | 5 |
| Echo type 25 | 5 | | | *C. psittaci* | | 267 | 16 |
| Echo type 27 | 1 | | | *Coxiella burneti* | | | 41 |
| Echo type 30 | 5 | | | *Mycoplasma pneumoniae* | 24 | | 1,415 |
| Echo type 31 | 1 | | | *Rickettsia Rickettsi* | | | 4 |
| Echo type 33 | 1 | | | | | | |
| Entero NT | 486 | 148 | 17 | **TOTAL** | **23,024** | **20,838** | **29,019** |
| Epstein-Barr | | 21 | 3,554 | | | | |
| Flavi Dengue NT | | | 33 | | | | |

Tableau 4
Les cinq agents diagnostiqués le plus souvent en laboratoire en 1995, 1994 et 1993

| Rang | 1995 | | | 1994 | | | 1993 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Agent | Nombre | % du total | Agent | Nombre | % du total | Agent | Nombre | % du total |
| 1 | VHC | 16,031 | 22 | VHS | 14,448 | 22 | VHS | 15,713 | 24 |
| 2 | VHS | 14,688 | 20 | VHC | 11,702 | 18 | CT | 10 | 817 |
| 3 | CT | 8,767 | 12 | CT | 9,491 | 14 | VHC | 7,705 | 12 |
| 4 | VHB | 4,155 | 6 | VHB | 3,684 | 6 | VHB | 3,970 | 6 |
| 5 | VEB | 3,575 | 5 | VEB | 3,246 | 5 | VEB | 3,346 | 5 |
| | Tous les autres | 25,683 | 35 | Tous les autres | 23,354 | 35 | Tous les autres | 24,896 | 37 |
| | **TOTAL** | **72,881** | | **TOTAL** | **65,925** | | **TOTAL** | **66,447** | |

**VHC** = virus de l'hépatite C; **VHS** = virus herpes simplex; **CT** = *Chlamydia trachomatis*; **VHB** = virus de l'hépatite B; **VEB** = virus Epstein-Barr

Le groupe des virus herpétiques (herpès NT, VHS, virus Epstein-Barr, virus varicelle-zona, herpèsvirus de type 6 et cytomégalovirus) est toujours le groupe le plus important d'agents diagnostiqués. Ces agents comptaient pour 34 % des résultats positifs (soit 22 485 spécimens) en 1994 (tableau 2) et pour 32 % (soit 23 191 spécimens) en 1995 (tableau 3). Le second groupe en importance était celui des *Chlamydiae* (CT, Chl. NT, *C. pneumoniae* et *C. psittaci*), avec 12 419 spécimens positifs (19 %) en 1994. En 1995, ils représentaient 15 % des résultats positifs (10 845 spécimens), après les VHC, qui représentaient 22 % des résultats positifs. Ensemble, les groupes des virus herpétiques et des *Chlamydiae* représentaient 53 % de tous les résultats positifs obtenus en 1994. Ces résultats ne diffèrent que légèrement des totaux obtenus en 1993, quand on avait obtenu 23 107 spécimens positifs (35 % des diagnostics positifs) pour le groupe des virus herpétiques, et 13 796 (21 %) pour le groupe des *Chlamydiae*. Les agents responsables de maladies transmissibles sexuellement identifiés (hépatite B, herpès NT, VHS, VIH-1, virus du groupe papova, Chl. NT et CT), bien qu'ils ne soient pas transmis exclusivement par voie sexuelle, comptaient pour 52 % des spécimens positifs signalés en 1994, (34 405 spécimens sur 65 925) et pour 47 % en 1995 (34 139 sur 72 881), comparativement à 54 % en 1993 (36 177 sur 66 447)[1], 63 % en 1992 (42 973 sur 68 325)[3], 65 % en 1990 (39 713 sur 61 468) et 63 % en 1985 (24 969 sur 39 662). D'après ces chiffres, nous assisterions donc dernièrement à une diminution relative du nombre de spécimens positifs dans ce groupe de maladies depuis 1992.

### Autres agents pour lesquels il y a eu des changements importants dans le nombre de spécimens

Les autres agents pour lesquels on a observé un changement considérable dans le nombre de résultats positifs signalés entre 1992 et 1995 sont énumérés au tableau 5. Les entérovirus ont connu des augmentations sporadiques. De façon caractéristique, la majorité des résultats positifs pourraient être attribuables à des épidémies survenues dans une province ou une région particulière : en 1994, 91 des 113 cas signalés d'infection par le virus Coxsackie type A9 provenaient du Québec; en 1993, 57 des 59 cas signalés d'infection par les échovirus de type 4 provenaient du Manitoba; et en 1994, 97 des 109 cas d'infection par les mêmes échovirus provenaient de la Saskatchewan et du Manitoba (70 et 27 respectivement). Ces données sont également illustrées au tableau 6, qui présente les données sur les résultats positifs d'infections par le virus Coxsackie de type B5 de 1993 à 1995.

Pour ce qui est des virus respiratoires et des exanthèmes viraux, le nombre des résultats positifs pour le virus grippal B, le virus parainfluenza de type 1 et le virus de la rubéole a diminué de façon marquée en 1994 par rapport à 1993 (tableau 5). Le nombre de résultats positifs pour la rougeole a augmenté en 1994 (208) et en 1995 (1 009) comparativement au creux qui a suivi, en 1993 (39), le sommet atteint en 1991 (1 940), lui-même suivi d'un fléchissement en 1992 (891)[1]. L'augmentation du nombre de cas de rougeole déclarés en 1994 et 1995 était surtout attribuable à l'Ontario.

Tableau 5
Autres agents ayant connu des changements importants dans le nombre de diagnostics déclarés par un laboratoire en 1995 et en 1994 par rapport à 1993 et 1992

| Agent | Nombre de rapports positifs et année | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1995 | 1994 | 1993 | 1992 |
| Coxsackie type A9 | 6 | 113 | 8 | 16 |
| Coxsackie type B2 | 47 | 20 | 6 | 14 |
| Coxsackie type B3 | 7 | 23 | 6 | 12 |
| Coxsackie type B4 | 9 | 27 | 6 | 32 |
| Echo type 4 | 2 | 108 | 59 | 0 |
| Echo type 9 | 8 | 3 | 62 | 31 |
| Echo type 11 | 8 | 12 | 59 | 17 |
| Echo type 25 | 5 | 4 | 18 | 1 |
| Influenza B | 359 | 31 | 867 | 87 |
| Rougeole | 1.009 | 208 | 39 | 891 |
| Parainfluenza type 1 | 179 | 54 | 253 | 91 |
| Rubéole | 107 | 87 | 759 | 1.651 |
| *Chlamydia psittaci* | 283 | 69 | 15 | 16 |
| VIH-1 | 3.378 | 1.984 | 2.687 | 5.148 |

Tableau 6
Année, province, nombre et proportion de rapports positifs d'infection par le virus coxsackie de type B5 provenant d'une même province

| Année | Province | Nombre* | Pourcentage |
|---|---|---|---|
| 1995 | Saskatchewan | 88/91 | 97 % |
| 1994 | Québec | 45/50 | 90 % |
| 1993 | Saskatchewan | 30/38 | 79 % |

* Nombre de rapports positifs provenant de la province indiquée par rapport au total de rapports positifs pour tout le Canada.

Le nombre de résultats positifs d'infection par *C. psittaci* est passé de 15 en 1993 à 69 en 1994, et à 283 en 1995 (dont 267 ont été signalés au Manitoba). En Saskatchewan, on a déterminé, après d'autres analyses, qu'environ 80 % des spécimens respiratoires déclarés positifs pour *C. psittaci* par fixation du complément, l'étaient en fait pour *C. pneumoniae* (Dr Greg Horsman, *Public Health Laboratory* (Regina) : communication personnelle, 1996). Le nombre de résultats positifs pour le VIH-1 obtenus en laboratoire a fléchi de 5 148 en 1992 à 2 687 en 1993 et à 1 984 en 1994 (tableau 5). Cette diminution pourrait toutefois être le reflet des politiques adoptées par certaines provinces, qui ont décidé de ne déclarer que les nouveaux cas d'infection à VIH-1 et de ne pas inclure les résultats positifs confirmés pour les spécimens provenant de patients déjà séropositifs pour le VIH-1. Les chiffres pour cette dernière infection en Ontario ont grimpé entre 1994 et 1995, mais cela n'est que le reflet des déclarations inadéquates de certains laboratoires en 1994. Les résultats positifs pour 1995 ont été obtenu du laboratoire de référence pour le VIH-1 en Ontario; ces 1 386 cas représenteraient les nouveaux cas d'infection à VIH-1. Ce nombre de spécimens ne représente que la moitié environ du nombre total de spécimens reçus qui ont été confirmés comme positifs par le laboratoire de référence (Carol Major, Laboratoire central de santé publique (Etobicoke) : communication personnelle, 1996). Néanmoins, l'incidence des nouveaux cas d'infection à VIH-1 en Ontario a effectivement connu une diminution de 35 % entre 1990 et 1995 (ibid).


## Remerciements

Nous tenons à remercier de leur précieuse collaboration les directeurs et les membres du personnel des laboratoires canadiens participants, qui ont recueilli et présenté les données. M. Ken Marr, Bureau de gestion de l'information, LLCM, Ottawa, s'est chargé de la gestion de la base de données. M^mes^ Marina Kanabe et Suzanne LeShien ont procédé à la saisie des données et tapé le manuscrit. Les laboratoires suivants participent au Programme canadien de déclaration des maladies virales : *Public Health Laboratory, Diagnostic Virology and Reference Laboratory, UBC, British Columbia Children's Hospital*, Vancouver (Colombie-Britannique); *Public Health Laboratory*, Calgary (Southern Alberta); *Public Health Laboratory*, Regina, *Royal University Hospital*, Saskatoon (Saskatchewan); *Cadham Provincial Laboratory*, Winnipeg (Manitoba); les Laboratoires régionaux de santé publique : Kingston, London, Orillia, Ottawa, Palmerston, Peterborough, Sault Ste. Marie, Thunder Bay, Timmins, Toronto et Windsor (Ontario); *Hospital for Sick Children, The Toronto Hospital, The Wellesley Hospital, The Women's College Hospital*, Toronto (Ontario); *St. Joseph's Health Centre*, London (Ontario); Hôpital de Montréal pour enfants, Hôpital Sainte-Justine, Hôpital Royal Victoria, Montréal (Québec); Laboratoire régional de virologie de l'Université Laval, Sainte-Foy (Québec); Centre hospitalier universitaire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec); *Dr. Everett Chalmers Hospital*, Fredericton; *St. John's Regional Hospital*, Saint-Jean; Hôpital Docteur Georges-L. Dumont, Hôpital de Moncton, Moncton; Hôpital régional de Campbellton, Campbellton; Hôpital régional d'Edmunston, Edmunston (Nouveau-Brunswick); *Victoria General Hospital*, Halifax (Nouvelle-Écosse); *Queen Elizabeth Hospital*, Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard); *Public Health Laboratory*, St. John's (Terre-Neuve).


## Références


1. Wilson GAR, Weber JM. *Rapports de laboratoire sur les infections virales et certaines infections non virales au Canada - 1993*. RMTC 1994;20:209-14.

2. LLCM. *Sommaire annuel des maladies à déclaration obligatoire, 1993*. RMTC 1995;21S1:19.

3. LLCM. *Rapports de laboratoire sur les infections virales et certaines infections non virales au Canada - 1992*. RMTC 1993;19:188-93.



**Source :** *S Zou, PhD et J Weber, PhD, Surveillance, grippe et exanthèmes viraux, Laboratoire national pour les pathogènes spéciaux, Bureau de la microbiologie, LLCM, Ottawa (Ontario).*

# RÉSISTANCE AUX ANTIBIOTIQUES — RÉUNION CONJOINTE OMS/FIIM

La menace que fait peser l'antibiorésistance croissante des micro- organismes responsables des maladies infectieuses courantes a été le principal thème de discussion d'une réunion organisée conjointement à Genève les 12-13 novembre 1996 par l'OMS et la Fédération internationale de l'Industrie du Médicament (FIIM). Les discussions étaient axées sur la résistance croissante des bactéries à des antibiotiques fréquemment utilisés : avec la propagation de bactéries résistantes, bon nombre de maladies infectieuses courantes deviennent de plus en plus difficiles et coûteuses à soigner.

À l'issue de la réunion, l'accord s'est fait sur un futur cadre de collaboration entre l'OMS et l'industrie pharmaceutique en vue de maîtriser la propagation des bactéries antibiorésistantes. Le partenariat ainsi esquissé devrait permettre d'améliorer les possibilités de traitement anti-infectieux efficace en même temps que rentable et encourager les travaux de recherche et de développement sur de nouveaux antibiotiques.

Les participants à la réunion ont été informés des progrès réalisés vers la mise en place d'un réseau mondial de laboratoires faisant appel à des méthodes sûres pour contrôler l'antibiorésistance des bactéries (WHONET). L'OMS communiquera des données fiables sur la résistance aux antibactériens dans différentes parties du monde. Des experts internationaux, dont certains représentent de grands laboratoires pharmaceutiques, seront consultés quant aux stratégies qui pourraient être suivies pour développer encore le réseau, aux priorités à accorder à la recherche et au développement, ainsi qu'à l'évaluation et à la publication des données.

Pour contribuer à cette action de partenariat, l'OMS a mis le logiciel WHONET à la disposition des laboratoires du réseau mondial, qui pourront ainsi intégrer les données sur l'antibiorésistance, qui serviront à :

- établir des rapports au niveau local pour guider le choix du traitement adapté à chaque patient;
- appuyer les efforts locaux de lutte contre l'infection en donnant précocement l'alerte en cas d'apparition de bactéries nouvelles et multirésistantes;
- aider les programmes de surveillance et guider les politiques d'utilisation des antibiotiques au niveau national;
- contribuer à la surveillance mondiale des bactéries antibiorésistantes.

L'industrie pharmaceutique a déjà fait la preuve de son engagement dans ce partenariat par le biais de son association aux États-Unis d'Amérique, qui fournit un appui à des laboratoires en Afrique et qui va introduire pour la première fois sur ce continent la surveillance de la résistance aux antibiotiques (WHONET).

Un strict contrôle de qualité s'impose si l'on veut des résultats d'épreuves de laboratoire fiables. Un projet pilote dont ont rendu compte les *Centers for Disease Control and Prevention* à Atlanta, États-Unis, a montré que la majorité des utilisateurs actuels du WHONET produisaient des données sur l'antibiorésistance à la fois exactes et reproductibles.

**Source :** *Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS, Vol 71, n° 47, 1996.*

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques : D[r] John Spika (613) 957-4243
D[r] Fraser Ashton (613) 957-1329
Rédactrice en chef : Eleanor Paulson (613) 957-1788
Rédactrice adjointe : Nicole Beaudoin (613) 957-0841
Éditrice : Joanne Regnier

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :
Agent des abonnements N° de téléphone (613) 731-8610, poste 2028
Association médicale canadienne Télécopieur (613) 523-0937
B.P. 8650
Ottawa (Canada) K1G 0G8

Prix par année :
Abonnement de base 80 $ (85.60 $ inclus TPS) au Canada; 105 $ US à l'étranger
Abonnement préférentiel 150 $ (160.50 $ inclus TPS) au Canada; 175 $ US à l'étranger

© Ministre de la Santé 1997